



**CAMP RAINBOW, INC.**  
**1 Plank Road**  
**Schwenksville, PA 19473**  
  
**Camp Application 2017**

Padre o Guardián:

Por favor, complete toda la solicitud y envíela por correo a Camp Rainbow, Inc. para el **31 de mayo de 2017**. Por favor, asegúrese de llenar una solicitud por niño. Ninguna solicitud será aceptada a menos de que todas las partes de la solicitud se hayan completado y toda la información sea verdadera.

La omisión de cualquier información médica vital o pertinente, podría resultar en que su hijo no sea aceptado al campamento o incluso enviado al hogar del campamento. Por favor, comprenda que esta información puede preparar mejor a nuestro personal para satisfacer las necesidades de su hijo a su llegada. Cuando el campamento está en sesión, puede ser muy difícil adaptarse a las necesidades imprevistas.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado / Código postal : \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### CUOTA DE INSCRIPCIÓN

Esta cuota de inscripción se basa en la participación verificable en el Programa de Almuerzo Gratis o Reducido. Si usted no es un participante del programa de Almuerzo Escolar, gratis o a precio reducido, la cuota de inscripción será de \$ 100.00, y si reciben almuerzo escolar reducido, \$ 50.00, y si reciben almuerzo escolar gratuito, \$ 25.00. Esta información será considerada confidencial por Camp Rainbow, Inc.

Por favor, marque la casilla correspondiente y complete el formulario adjunto TANF.  
Haga los cheques a nombre de: Camp Rainbow, Inc.

- Almuerzo Recibido gratis - \$ 25.00 - Recuerde que debe completar el formulario adjunto TANF en la página siguiente.
- Almuerzo Recibido reducido - \$ 50.00 - Recuerde que debe completar el formulario adjunto TANF en la página siguiente.
- No asistencia recibida - \$ 100.00 - Cumplimentación de la TANF no es necesario.

#### Semanas de Campamento

<b>Fechas para la tempora de 2017</b>	<b>Edades</b>	<b>Por favor seleccione</b>
domingo, 25 de junio – viernes, 30 de junio	13 – 14 años	
domingo, 2 de julio– viernes, 7 de julio	11 – 12 años	
domingo, 9 de julio – viernes, 14 de julio	11 – 12 años	
domingo, 16 de julio – viernes, 21 de julio	15 – 16 años	
domingo, 23 de julio – viernes, 28 de julio	7 – 8 años	
domingo, 30 de julio – viernes, 4 de agosto	9 – 10 años	
domingo, 6 de agosto – viernes, 11 de agosto	9 – 10 años	

# MONTGOMERY COUNTY WORKFORCE INVESTMENT BOARD

## Solicitud de información del participante

Fecha: \_\_\_\_\_

### Información del estudiante:

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (nombre) (segundo nombre)

Dirección(calle): \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_

# de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

DEBIDO A LOS REQUISITOS DE FINANCIACIÓN ESTATALES Y FEDERALES,  
LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DEBE SER PROPORCIONADA:

Raza / Origen étnico: (selecciona uno)

\_\_\_\_\_ Afro-americano

\_\_\_\_\_ Indio Americano / Nativo de Alaska

\_\_\_\_\_ Asiático / Islas del Pacífico

\_\_\_\_\_ Caucásico

\_\_\_\_\_ Hispana

\_\_\_\_\_:

### Información de Escuela:

Distrito escolar : \_\_\_\_\_

Nombre de escuela : \_\_\_\_\_ Grado : \_\_\_\_\_

Consejero de la dirección \_\_\_\_\_

Cuales son tus intereses profesionales?

\_\_\_\_\_

Firma del estudiante:

\_\_\_\_\_

Firma del Padre o Guardián:

\_\_\_\_\_

Número de caso de TANF:

\_\_\_\_\_

# CAMP RAINBOW, INC. COMPROMISO DE REGLAS DEL CAMPAMENTO

Nuestro campamento opera bajo nuestro Contrato de convivencia. Un ambiente seguro y cuidadoso se ha creado a través de la coherencia, expectativas claras y la responsabilidad personal. Creamos este entorno en toda nuestra programación, pidiendo a cada participante, de estudiante hasta administrador que: escuche, comprenda, y esté de acuerdo con nuestros principios guías. Se indica en nuestro Contrato de convivencia y es inculcado a medio de la aplicación, explicación, la repetición y la práctica.

Encontramos que el Contrato de convivencia contribuye al éxito individual y comunal, tras su adaptación y práctica. *La práctica hace al progreso.*

## Contrato de Convivencia

### *Seguridad*

Manténgase seguros físicamente y emocionalmente.

### *Valoración de comportamientos*

Actúe y hable de una manera que anima a la gente y no los insulte.

### *Consejos honestos*

Dé y reciba consejos concretos considerados y honestos.

### *Déjalo*

Sepa cuándo hay que dejar algo y seguir adelante.

### *Reto por elección*

Cada persona debe asumir la responsabilidad de sus propias acciones. Es su elección participar.

**Declaración de campista:** Acepto seguir todas las reglas establecidas por **Camp Rainbow**. Me comportaré como un ciudadano responsable, y de acuerdo con el Contrato de Convivencia y las reglas del campamento explicadas en la sesión inaugural del programa. Estoy de acuerdo en que si violo cualquiera de estas normas el director del campamento podrá temporalmente restringir mi participación en las actividades programadas, o puede inmediatamente optar enviarme a casa a mis padres o guardianes, sin derecho a reembolso de los gastos de inscripción. Yo permitiré que se tomen fotografías, cintas de vídeo y entrevistas durante el **Camp Rainbow**, y que cualquier tipo cintas de vídeo, fotografías y / o entrevistas puedan ser publicadas y usadas por **Camp Rainbow, Inc.** para ilustrar, promover y publicitar la conferencia y otros programas.

Firma del campista: \_\_\_\_\_

Padre / Guardián legal: Solicito que mi hijo / hija nombrado/a anteriormente sea considerado/a para asistir como un campista en **Camp Rainbow** por una semana este verano. Entiendo que la cuota de inscripción del campista es parte de un paquete completo, y que he incluido la cantidad apropiada. He leído esto y estoy de acuerdo con la anterior declaración de campista y las reglas. Entiendo completamente que si mi hijo viola alguna de las reglas del campamento, que él / ella puede ser enviado a casa, a la entera discreción del director del campamento, por mi cuenta. Yo doy permiso y consentimiento para que mi hijo participe en todas las actividades, y permito que las fotografías, videos y entrevistas que se tomen durante **Camp Rainbow**, y que cualquier tipo cintas de vídeo, fotografías y / o entrevistas puedan ser publicadas y usadas por **Camp Rainbow, Inc.** para ilustrar, promover y publicitar la conferencia y otros programas.

Firma del padre o guardián legal: \_\_\_\_\_

# HISTORIA MÉDICA Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD DE CAMP RAINBOW, INC.

Para poder proveer una experiencia segura y significativa para todos los participantes, **Camp Rainbow, Inc.** requiere que todos los participantes en el programa completen esta historia clínica y relevo de responsabilidad – tiene que ser completada y firmada por los padres / guardianes. Los jóvenes no pueden ser autorizados a participar en el campamento sin una historia medica y un relevo de responsabilidad en nuestra posesión.

Por favor sea lo más detallado posible. La omisión de cualquier información médica vital o pertinente puede dar lugar a no ser aceptado o incluso enviado a casa desde el campamento. Por favor, comprenda que esta información puede preparar mejor a nuestro personal para satisfacer las necesidades de su hijo en su llegada. Cuando el campamento está en sesión, puede ser muy difícil adaptarse a las necesidades imprevistas.

Toda la información será tratada como confidencial

<p><b>INFORMACIÓN GENERAL</b> Esta información es generalmente solicitada por el personal médico en caso de tratamiento de emergencia.</p> <p>Nombre del participante: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ # de seguro social: _____</p> <p>Compañía de seguro médico: _____</p> <p>Numero de póliza: _____ relación con el asegurado: _____</p> <p>Contacto de emergencia (Padre/guardián): _____</p> <p># de teléfono 1: _____ # de teléfono 2: _____</p> <p>Contacto de emergencia (otro): _____</p> <p># de teléfono 1: _____ # de teléfono 2: _____</p>
--

## Autorización parental

Yo, el abajo firmante, soy el padre o guardián legal de este niño, con plena autoridad para hacer y delegar las decisiones sobre la salud de este niño. Toda la información de la salud registrada en este formulario es correcta, y no he omitido ninguna información médica necesaria para el cuidado de este niño. Un médico ha examinado a este niño y ha revisado la salud general de este niño en los últimos 12 meses. Yo autorizo a Camp Rainbow, Inc. para suministrarle a este niño con los primeros auxilios de rutina y para administrar los medicamentos recetados y sin receta, como se indica en este documento. Yo autorizo a Camp Rainbow, Inc. de tomar decisiones médicas en nombre de este niño, incluidas las decisiones de hospitalizar a este niño, para aprobar procedimientos médicos específicos en nombre de este niño, o para el transporte de este niño por razones médicas. Yo entiendo y estoy de acuerdo en que tales decisiones se harán en consulta con el personal médico calificado si es posible, pero que el Rainbow Camp, Inc. personal y otros agentes pueden tomar esas decisiones sin el beneficio de la consulta médica si se considera necesario hacerlo. Yo autorizo a Camp Rainbow, Inc. para tener acceso a los registros médicos de este niño, y para proporcionar los registros a terceros, como Camp Rainbow, Inc. estime necesarios para facilitar el cuidado de este niño. Yo renuncio a cualquier reclamo, para mí y en nombre de este niño, contra Camp Rainbow, Inc., y / o sus agentes, que surge en la relación con cualquiera de las actividades o decisiones autorizadas anteriormente. Una fotocopia de esta autorización firmada es tan vinculante como el original. Mi hijo puede participar en un programa activo de campo, deportivo o de una conferencia (marque uno):  Sin restricciones  Con las siguientes restricciones y en consonancia con las instrucciones especiales siguientes:

Imprima el nombre del padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Firma del padre/Guardián: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

## **POLÍTICA DE MEDICAMENTOS de CAMP RAINBOW, INC.**

Para la seguridad y la salud de todos nuestros participantes, toda la medicación personal, debe mantenerse en el poder de los líderes adultos designados o personal, y se distribuye bajo su supervisión. Como resultado de ello, por favor, tenga en cuenta las siguientes políticas. Estas políticas se aplican a todos los participantes.

**Uno de los padres u otro adulto** le dará los medicamentos a los adultos designados al principio del programa o evento, y los recibirá de nuevo al final del programa. Los medicamentos no serán entregados a los menores de edad a menos que un supervisor adulto esté presente.

**Todos los medicamentos deben estar en su envase original o envasados.** Favor de no enviar pastillas sueltas o sin identificación o en clasificadores de pastillas de "dosis diaria". Nosotros tenemos que poder identificar los medicamentos para poder dispensarlos. Nosotros preferimos que usted envíe solamente la medicación suficiente para la duración del evento, pero es más importante tener los envases etiquetados correctamente que las cantidades exactas.

**Sólo los medicamentos de emergencia**, tales como un inhalador de rescate o una epi-pluma, están exentos de esta política. Ningún otro medicamento recetado o sin receta, deberá estar en posesión de los participantes en cualquier momento

Por favor, asegúrese de que nos informe de cualquier **alergias a alimento o a los medicamentos** que su hijo tenga.

Los medicamentos, ya sean recetados o sin receta médica, **sólo se dispensarán de acuerdo a la etiqueta del medicamento / paquete.** Una declaración firmada de los padres es necesaria si la medicación se debe dispensar en contra de la etiqueta de la receta. Una declaración del médico se prefiere.

Por favor, dé **instrucciones completas y claras** para todos los medicamentos, ya que sus instrucciones se sigue con exactitud.

**Todos los medicamentos se mantendrán bajo llave en todo momento.** Un líder adulto designado o un miembro del personal del programa distribuirá los medicamentos de acuerdo a las pautas de dosificación necesarios. Generalmente, los medicamentos se dispensarán en las comidas y antes de acostarse, a menos que se indique lo contrario. **All medication will be kept under lock and key at all times.** A designated adult leader or program staff member will distribute medication according to necessary dosage schedules. Generally, medications will be dispensed at mealtimes and before bed, unless otherwise directed.

**Si su hijo menor de edad se niega una dosis**, nosotros le llamaremos para saber como proceder. No podemos forzar o coaccionar a cualquier participante que tomar medicamentos. Por favor, indique si los medicamentos de su hijo deben ser tomados en un horario de rutina o sólo cuando sea necesario / requerido.

**Los medicamentos sin receta** sólo se darán a los participantes menores de edad con el permiso expreso de los padres / guardián. Usted puede aprobar ciertos medicamentos sin receta antes de que comience el programa, o le pediremos permiso, según sea necesario.

Por favor, infórmenos si el medicamento de su niño tiene que ser **refrigerado**, y si se requiere una temperatura específica.

Si su hijo necesita **medicamentos inyectables**, como la insulina o otros, todas las agujas y jeringas, sean utilizadas o no, debe permanecer con los medicamentos bajo llave. No podemos disponer de los objetos puntiagudos. Usted es responsable de proveer su propio contenedor de objetos punzantes (que se mantendrá cerrado para usted) y disponer de él al final del campamento. Medicamentos de inyección deben ser **auto-administrado** - los líderes adultos y **el personal del programa no pueden administrar inyecciones de ningún tipo.**

El personal no puede administrar medicamentos, tales como supositorios, o cualquier otro medicamento que requiera poner en peligro la privacidad de un participante. En tales casos, un miembro del personal dispensará la dosis adecuada, que el participante puede entonces auto-administrarse en privado, sin supervisión.

Cualquier excepción a esta política debe ser aprobada por el Director del Campamento o el Consejo de Administración. Si usted tiene una necesidad de solicitar una excepción, por favor no tarde en ponerse en contacto con el director del campamento, pero entienda también que algunas excepciones, no puede ser concedida.

A pesar de que queremos que su hijo/a participe en nuestras actividades, no estamos en el negocio médico, y podemos negar la participación, si sentimos que no podemos proveer adecuadamente para la salud o la seguridad de todos nuestros participantes.

**Traducido por Antonio Montes y la clase de español Ap de PGHS**